

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE 479

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

REIFER Séverin

Né le 15 Août 1907, à Cernauti (Roumanie)

Mise au point de l'étude
des syndromes douloureux
abdominaux
dans la pneumonie des enfants

Président de Thèse : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1935





Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

REIFER Séverin

Né le 15 Août 1907, à Cernauti (Roumanie)

Mise au point de l'étude des syndromes douloureux abdominaux dans la pneumonie des enfants

Président de Thèse : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1935

I. — PROFESSEURS

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie médicale et générale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Clinique médicale
Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Clinique urologique
Clinique d'accouchements
Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
Professeurs sans chaire

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
DESGREZ.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOIN.
CHEVASSU.
ROUSSY
CHAMPY.
TIFFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-LAVASTINE
FIESSINGER.
Maurice VILLARET.
LOEPER.
CARNOT.
CLERC.
Marcel LABBE.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
PROUST.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
SERGEANT.
BEZANCON.
MATHIEU.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.
MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri).Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.) ..Pathologie médicale.
 BOULINPathologie médicale.
 BULLIARDHistologie.
 CATHALAPathologie médicale.
 CHEVALLIER ...Pathologie médicale.
 DOGNONPhysique.
 FEYUrologie.
 GALLIARDParasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYETPhysiologie.
 GIROUDHistologie.
 HAGUENAUPathologie médicale.
 HALPHENOto-rhino-laryngologie.
 HAZARDPharmacologie.
 HUGUENINAnatomie pathologique
 JOANNONHygiène.
 LABBE (Henri) ..Chimie biologique.
 LACOMMEObstétrique.
 LANTUEJOUL ...Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)..Pathologie médicale
 LEMAIREPathologie expérimentale.
 LEVEUFPathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVYPharmacologie.
 LEVY-VALENSI .Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAUPathologie médicale.
 MOULONGUET ..Pathologie chirurgicale.
 MOUQUINPathologie médicale.
 OBERLINGAnatomie pathologique.
 PETITDUTAILLISPathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE ...Médecine Légale
 PORTESObstétrique.
 RICHTERPhysiologie.
 SANNIEChimie biologique.
 SENEQUEPathologie chirurgicale.
 TROISIERPathologie expérimentale.
 TURPINPathologie médicale.
 VIGNESObstétrique.
 WILMOTHPathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVEPathologie chirurgicale.
 BUSQUETPharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.Physiologie.

MM.

LEROUXAnatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIREParasitologie.
 ZIMMERNPhysique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
LIAN			
PASTEUR-VALLE			
RY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de ma profonde tendresse et de ma très grande reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MA SŒUR

En gage de ma grande affection.

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

*Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Professeur de Clinique Médicale des Enfants
à la Faculté de Médecine de Paris*

Qui m'a accueilli dans son service
avec tant de bienveillance, m'a permis
de suivre son enseignement et m'a fait
l'honneur d'accepter la présidence de
cette thèse. Qu'il veuille bien croire
à mes sentiments respectueusement
reconnaissants.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL-HALLÉ
Directeur de l'Ecole de Puériculture

ET A TOUS MES MAITRES
DE L'ECOLE DE PUERICULTURE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL DUCAS
Chef de Clinique à la Faculté

dont l'aide a été si bienveillant dans
la rédaction de ce travail.

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR
ANGELE PAPAIOANNOU
Chef de Clinique à la Faculté

En remerciement pour l'aide qu'elle
a bien voulu m'apporter dans l'élabo-
ration de ce travail.

INTRODUCTION

« Le cortège des accidents par lesquels se traduit la pneumonie infantile est alarmant pour les familles et déconcertant pour le médecin traitant. »

Variot, Le diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant.

Gazette des Hôpitaux, 20 juillet 1907.

Le début classiquement décrit de la pneumonie avec point de côté thoracique, frisson solennel et élévation brusque de la température est rare chez l'enfant.

Chez lui, souvent, se produisent des manifestations d'ordre méningé et abdominal, susceptibles d'égarer le diagnostic. Ce seront ces dernières, à allure parfois dramatique, qui feront l'objet de notre étude.

Les syndromes douloureux abdominaux, dans la pneumonie infantile, sont assez souvent de nature telle qu'ils peuvent s'imposer à un esprit non suffisamment averti pour une appendicite ou pour une péritonite, surtout pour une appendicite, en raison de la fréquence de cette affection.

Or, si l'erreur est rarement commise à l'hôpital, elle est plus fréquente en ville.

Sur cent observations de pneumoniques que nous avons compulsées dans le service de notre Maître, M. le Professeur Nobécourt, nous avons relevé l'existence de manifestations douloureuses abdominales dans trente cas, cinq ont été envoyés à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite.

L'erreur en ville a donc été commise dans 5 % des cas de pneumonie et dans ~~16~~6 % des cas présentant des syndromes douloureux abdominaux.

L'erreur à l'hôpital n'a été commise qu'une seule fois sur ce total de cent pneumoniques.

Dans l'écrasante majorité des cas, malgré le tableau clinique paraissant parfois alarmant, il ne s'agit donc pas de vraies péritonites ni de vraies appendicites (une seule vraie péritonite sur nos cent observations de pneumonie).

Mais il ne faut pas s'endormir dans un optimisme trop grand, il faut penser aux cas plus rares de vraies appendicites et de vraies péritonites et les rechercher avec soin, car ils engagent au plus haut degré la responsabilité du médecin.

Mais par là les formes cliniques du syndromes douloureux ne sont pas épuisées.

Différents auteurs ont décrit des pneumonies

présentant au début le tableau clinique d'une occlusion intestinale, d'autres celui d'une perforation intestinale; des pneumonies avec hémorragies intestinales et enfin des pneumonies à allure de typhoïde.

Nous étudierons dans un premier chapitre l'histoire de la question, nous aborderons ensuite la description des différentes formes cliniques du syndrome douloureux abdominal ne correspondant pas à des affections justiciables d'une intervention chirurgicale; nous décrirons ensuite les cas relativement rares du syndrome nécessitant une intervention chirurgicale, immédiate ou tardive, suivant les cas, nous indiquerons les recherches de laboratoire proposées dans un but de diagnostic et nous finirons par le traitement et nos conclusions.

HISTORIQUE

L'importance des douleurs abdominales au cours de la pneumonie ne paraît pas avoir retenu l'attention des anciens médecins.

Riliet et Barthéz en 1853, dans la deuxième édition de leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, Cadet de Gassicourt en 1880 dans son *Traité clinique des maladies de l'enfance*, ne font aucune allusion aux douleurs abdominales. Hensch, de Berlin en 1892, n'en parle guère dans ses *Conférences sur les maladies des enfants*; Charles West, de Londres, dans son traité édité en français pour la deuxième fois en 1881 en parle bien, mais il en diminue l'importance en disant que les enfants localiseraient mal la douleur spontanée, et que la douleur provoquée serait causée par la pression exercée lors de la palpation qui serait toujours douloureuse lorsque les organes de la respiration sont affectés.

Plus près de nous encore, M. Comby, en 1898, dans la première édition du *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby, Marfan, écrit simplement : « Outre le point de côté, en même temps que

lui ou en son absence, j'ai noté 27 fois des douleurs abdominales, des coliques, des tranchées ou des souffrances vagues, qui se traduisent ainsi dans la bouche des parents : « L'enfant s'est plaint du ventre ».

Mais, vers cette époque on commence à connaître l'appendicite.

En 1899, un médecin de Boston, John Lowet Morse rapporte des observations de trois enfants, deux garçons de 7 et 8 ans, et une fille de 3 ans, qui ont eu des pneumonies avec des symptômes abdominaux marqués simulant l'appendicite.

Mirande en 1900, dans sa thèse rapporte 10 cas d'affections thoraciques aiguës ayant simulé une appendicite au début et essaie d'en expliquer la pathogénie.

Le 12 mars 1901, M. Guinon, à la Société de pédiatrie, rapporte l'observation d'une fille de 13 ans qui a présenté le même syndrome.

La même année, M. Massalongo, de Vérone, décrit la pneumonie aiguë appendiculaire, la pseudo-appendicite pneumonique.

En 1902, un chirurgien de Boston, Richardson, observe deux garçons de 6 et 4 ans, chez qui la pneumonie s'est accompagnée de symptômes d'appendicite; ces enfants ont été opérés et on a trouvé l'appendice sain.

En 1902 également, M. Barnard parle d'une fille

de 13 ans et d'un garçon de 10 ans, atteints de pleuro-pneumonie qui ont présenté des symptômes simulant la péritonite aiguë.

MM. Comby et Diserliski, dans les Archives de médecine des enfants, de 1902, rapportent un cas de pneumonie simulant l'appendicite qu'ils ont observé chez un garçon de 8 ans.

Dans la seconde édition du Traité de Grancher et Comby, en 1904, M. Comby écrit qu'il a trouvé la douleur abdominale 47 fois sur 356 pneumonies, c'est-à-dire dans 13 % des cas; il ajoute que les douleurs abdominales peuvent être la cause d'erreur de diagnostic : « le point de côté étant souvent abdominal chez l'enfant, si la pneumonie siège à droite, on pourra parfois songer à l'appendicite ».

Charles Leroux, en 1906 publie l'observation d'un garçon de 12 ans, chez qui, le troisième jour d'une pneumonie avec point de côté abdominal, on porte le diagnostic de pneumonie et d'appendicite. On intervient, on trouve une péritonite suppurée et un appendice perforé. L'enfant meurt. L'autopsie vérifie le diagnostic de pneumonie.

Dans une étude sur le point de côté abdominal et les phénomènes appendiculaires dans la pneumonie infantile, publiée dans *La Clinique*, de 1908, MM. Lesné et Marre rapportent l'observation d'un garçon de 4 ans et demi, qui est pris brusquement de fièvre,

de vomissements alimentaires et bilieux, de douleurs abdominales. On diagnostique une appendicite. Le deuxième jour, apparaissent les signes d'une pneumonie. On modifie le diagnostic; on dit : pneumonie avec forte réaction abdominale. Le troisième jour, l'enfant a le faciès péritonéal, un ventre de bois très douloureux. On intervient; on trouve une péritonite généralisée et un appendice gangréné et perforé. L'enfant meurt. L'autopsie vérifie l'existence d'une pneumonie.

Triboulet dans un mémoire de *La Clinique*, du 20 septembre 1911, intitulée : « Syndrome péritonéal ou syndrome entéritique. Leur valeur dans la septicémie à pneumocoques » rapporte un cas de péritonite appendiculaire au cours d'une pneumonie.

M. Francis Daussy, en 1912, dans sa thèse sur les « Rapports de l'appendicite et de la pneumonie » communique un second exemple de péritonite appendiculaire au cours d'une pneumonie.

En 1913, l'observation de Triboulet est publiée avec plus de détails par M. Maurice Jeannest dans sa thèse sur les « Réactions abdominales au cours des pneumonies ».

En 1914, M. Lasalle, dans les Archives de médecine des enfants, rapporte deux cas de pneumonie à forme appendiculaire avec expulsion d'ascaris.

La même année, Broca dans sa « Chirurgie in-

fantile » écrit : « Il faut savoir qu'au début d'une pneumonie peuvent s'observer des phénomènes aigus de péritonisme passager, probablement dus à une infection très légère de la séreuse. On voit d'ailleurs des méningismes semblables. La difficulté du diagnostic est alors grande en cas de pneumonie centrale, sans signe sthétoscopiques ».

Le 7 novembre 1919, MM. Flandin, Debray et Françon décrivent à la Société médicale des hôpitaux le « Syndrome péritonéal avec dilatation intestinale dans la pneumococcie aiguë ».

En 1920, M. Jean Creuzot dans sa thèse décrit les « Pseudo-perforations intestinales au cours des infections à pneumocoques ».

Dans une leçon clinique publiée dans « Clinique et Laboratoire » du 20 octobre 1927, M. le Professeur Sargent reprend la thèse de Mirande. Le point de côté abdominal pseudo-appendiculaire exprime bien, sinon la lésion même de l'appendice du moins son réflexe le plus constant : le point de Mac Burney dans sa plus parfaite rigueur.

MM. Mouriquand et Bernheim, décrivent avec beaucoup de précision et force détails dans *La Médecine*, d'août 1927, les réactions péritonéales au cours de la pneumonie infantile et insistent beaucoup sur la modalité décrite par Broca.

La notion de sépticémie pneumococcique devient classique, elle permet d'expliquer ces phénomènes.

Dans une leçon clinique publiée dans le Concours médical du 26 août 1928, notre Maître, M. Nobécourt, conclut à la rareté relative des lésions et de l'appendice et du péritoine au début ou au cours d'une pneumonie. Sur 122 observations il n'en trouve aucun cas,

En 1930, M. Pierre-Léon Barbé rapporte dans sa thèse 9 observations d'hémorragie intestinale au cours de la pneumonie chez l'adulte et 4 chez l'enfant.

Ces quatre dernières années nous ont apporté de contributions très précieuses à l'étude des syndromes douloureux abdominaux dans la pneumonie; je ne citerai que les très intéressants travaux de MM. Parturier et Deherripon, de Lille et la thèse très documentée de Mlle Papaïoannou sur les péritonites à pneumocoques.

Dans une leçon clinique publiée dans le *Progrès médical* du 22 septembre 1934, M. le Professeur Nobécourt attire l'attention sur la fréquence de l'association des syndromes encéphalo-méningés avec les syndromes abdominaux et en donne une description très détaillée.

ETUDE CLINIQUE

Le point de côté abdominal

C'est la variété clinique la plus fréquente du syndrome douloureux abdominal.

Tableau clinique. — Un enfant est amené à l'hôpital avec des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, presque toujours il a eu quelques vomissements, il est le plus souvent constipé, son pouls est rapide, à 100 ou 120 pulsations à la minute, sa température élevée, aux environs de 39°, 40° ou même 40°5.

Parfois le tableau clinique paraît tellement en faveur d'une appendicite, que l'enfant est envoyé à l'hôpital avec ce diagnostic pour subir d'urgence l'intervention que réclame cette affection grave.

Dans la plupart des cas l'examen attentif de l'enfant fait paraître aux yeux du clinicien averti comme peu probable ou à rejeter complètement le diagnostic d'appendicite. (Obs. II.)

La douleur, qui est le symptôme dominant, paraît relativement diffuse et siégeant plutôt dans la moitié supérieure de l'abdomen. La dépression progres-

sive de la paroi abdominale fait constater que la douleur est superficielle, à fleur de peau. La palpation profonde ne révèle aucune douleur. Il n'y a ni défense musculaire, ni empâtement, ni induration profonde.

Le tableau clinique ne paraît nullement en faveur d'une appendicite. L'accélération des mouvements respiratoires, le faciès vultueux de l'enfant, la température au voisinage de 40°, exceptionnelle dans l'appendicite, nous font pencher en faveur d'une pneumonie. Ainsi le diagnostic se trouve posé dès le premier examen. L'évolution ultérieure de l'affection ne fait que confirmer notre façon de voir.

Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi.

Aux signes abdominaux viennent s'ajouter parfois des signes méningés, et au lieu de deux diagnostics possibles nous voilà en présence de trois. (Obs. I).

Nous nous trouvons en présence d'un enfant qui depuis deux jours a des douleurs abdominales très fortes, sans localisation précise; avec quelques vomissements et une température à 39°7 le matin, et à 40° et au-dessus le soir. Le pouls est à 120 pulsations à la minute. L'enfant est couché en chien de fusil; il est agité et délire par moments; il redoute l'examen; il a de l'hyperesthésie cutanée. Depuis son entrée à l'hôpital il ne vomit plus; il est constipé. Il a de la céphalée.

Nous constatons l'existence d'une raideur de la nuque et un signe de Lasègue plutôt qu'un signe de Kernig.

L'abdomen est ici, contrairement à ce que nous trouvions dans le premier cas, immobile, rétracté. En est-il ainsi du fait d'une atteinte méningée?

Nous pensons à une méningite et nous pratiquons une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est clair, eau de roche; il coule en gouttes pressées; on y trouve des traces d'albumine; il ne contient pas de leucocytes.

Il ne s'agit donc pas d'une méningite. En effet, le lendemain, la nuque est souple, bien que le signe de Lasègue et la contracture de l'abdomen persistent. Les vomissements réapparaissent. A l'examen du thorax on trouve un foyer de râles crépitants et un souffle tubaire.

L'enfant est au quatrième jour de sa maladie. Une radiographie du thorax nous fait voir le triangle pneumonique caractéristique.

Dans d'autres cas, sensiblement analogues au cas précédent on a eu hâte d'intervenir.

On a trouvé un appendice rouge — notons le fait en passant, nous y reviendrons ultérieurement — mais normal. Le lendemain ou surlendemain de l'intervention, on trouve des signes cliniques nets de pneumonie.

Dans ce cas-ci comme dans le cas précédent le diagnostic a été fait le 3^e ou le 4^e jour de la maladie.

Mirande, dans sa thèse, en 1900, rapporte 10 cas de syndrome appendiculaire au cours d'affections thoraciques, ayant simulé une appendicite à tel point que dans 4 cas l'intervention fut pratiquée. Aujourd'hui que nous connaissons mieux l'appendicite et que la notion du syndrome douloureux abdominal au cours de la pneumonie surtout chez les enfants est devenue classique, il nous arrive heureusement moins souvent de nous tromper.

La vraisemblance d'une appendicite au début peut être grande dans quelques cas, mais elle ne dépasse jamais le délai du 3^e ou 4^e jour de la maladie. Au bout de cette période, en effet, les signes pouvant faire croire à une appendicite rétrocedent et les signes pulmonaires se précisent.

Diagnostic. — Il n'y a pas, dans les cas très difficiles, de moyens sûrs permettant dès le début de la maladie de dire qu'il ne s'agit pas d'une appendicite accompagnant ou non une pneumonie, car d'une part l'ensemble des symptômes formant le soi-disant syndrome appendiculaire peut être d'une netteté telle que le doute ne paraît point permis; d'autre part chacun des symptômes dont l'ensemble forme le syndrome appendiculaire pris à part semble bien loin d'avoir une valeur absolue.

Le frisson, la fièvre et les vomissements sont des signes de réaction générale de l'organisme à l'infection.

Le grand frisson solennel et unique ou les petits frissonnements répétés sont souvent remplacés dans la seconde enfance par des convulsions.

Les convulsions sont une façon habituelle chez l'enfant de réagir aux infections.

L'ascension brusque de la température à 40° et au-dessus au milieu d'un syndrome appendiculaire doit mettre en doute sa légitimité. La fièvre dans l'appendicite ne dépasse qu'exceptionnellement 39°.

Le pouls est rapide dans la pneumonie aussi bien que dans l'appendicite. On lui accorde un caractère de dureté assez spéciale au début de la pneumonie, mais il n'a de valeur que lorsqu'il confirme les données de la température.

Les vomissements existent dans toutes les maladies fébriles; ils traduisent une perturbation générale du système nerveux. Ils surviennent dans la moitié des cas de pneumonie. Sur 170 petits pneumoniques, Comby en a trouvé 83 ayant eu des vomissements au cours de leur maladie. Nous-mêmes sur cent cas avons trouvé 65 avec vomissements. Sur les trente cas présentant des syndromes douloureux abdominaux, quatre seulement n'ont pas eu de vomissement.

La constipation est assez fréquente au cours de

la pneumonie (Obs. II) Comby l'a trouvé dans 2/5 des cas. Elle s'installe dès le début et persiste jusqu'à la fin de l'affection. Nous n'avons pas retrouvé la constipation avec la même fréquence. Dans la majorité des cas étudiés par nous nous avons trouvé des selles normales; dans deux cas même nous avons relevé de la diarrhée. Le syndrome douloureux abdominal lui-même peut prêter, au début au moins à discussion.

Différents auteurs ont insisté sur la variabilité extrême du siège de la douleur dans les manifestations abdominales douloureuses de la pneumonie. Nous-mêmes l'avons trouvé deux fois dans l'épigastre, deux fois dans l'hypochondre droit, une fois dans la fosse iliaque gauche.

Mais il faut savoir que les cas où le siège de la douleur correspond exactement au point de Mac Burney ne sont pas très rares et que même dans la vraie appendicite la douleur peut désertier la fosse iliaque droite. « Il est des signes douloureux très trompeurs : douleur lombaire haute, douleur dorsale, douleur uniquement à gauche : il faut se rappeler la longueur souvent considérable de l'appendice chez l'enfant et aussi les petites dimensions du ventre; l'appendice, par sa pointe infectée, atteint souvent le côté gauche, le pôle inférieur du rein, la région sous-hépatique. Il est assez souvent pelvien et, dans cette situation plus trompeur que jamais. » (Mondor.)

D'autres caractères de la douleur spontanée de l'appendicite nous donneront des renseignements plus précis; Mondor les a formulés ainsi : « Douleur à gauche, douleur franchissant la ligne médiane et surtout douleur nocturne ».

« Les enfants, aussi malades soient-ils, pour une pneumonie ou d'autres affections fébriles, dorment pendant de longs moments, mais l'enfant atteint de douleur abdominale grave ne dort pas et ne laisse dormir personne. » (Drachter in Mondor.)

A l'inspection, nous sommes frappés en cas d'appendicite, par la disparition des mouvements de l'abdomen pendant la respiration. C'est un signe excellent, de recherche facile mais qui est loin d'avoir une valeur absolue. Dans les cas de pneumonie avec forte réaction méningée la paroi abdominale peut être immobile et rétractée sans que pour cela il y ait appendicite, comme nous l'avons pu constater nous-mêmes (Obs. III).

A la palpation, les sensations douloureuses commencent dès le contact de la main avec la peau de la fosse iliaque droite. Cette hyperesthésie cutanée signalée par Dieulafoy est aussi bien dans la pseudo-appendicite que dans la vraie appendicite un phénomène cutané tributaire de la névralgie du XII^e nerf intercostal. Il est vrai que dans la pneumonie son existence ne dépasse pas les quelques premiers jours.

La contracture musculaire constitue un phénomène de défense lié à la douleur.

Quant au prétendu boudin coecal, « 9 fois sur 10 c'est une illusion due à la contracture musculaire instinctive et invincible » dit Guinard dans le *Traité de Le Dentu et Delbet*.

A la percussion on reconnaît tantôt une diminution notable de la sonorité pouvant aller jusqu'à la matité complète, tantôt au contraire une exagération de la sonorité normale. Ce phénomène résulte d'une certaine quantité de gaz provenant de l'intestin, ou de la décomposition du liquide lui-même. Guinard dit à ce propos :

« La région semble sonore, même quand il y a un verre de pus, à moins qu'on ne percute aussi doucement que possible. »

Il ne faut jamais omettre le toucher rectal. La douleur du Douglas est un signe précieux d'appendicite. Elle est, pour qui sait la rechercher, plus facile encore à trouver chez l'enfant que chez l'adulte.

D'après Weill et Mouriquand, l'examen radiologique pratiqué dès le début peut fournir des renseignements très intéressants. L'image triangulaire apparaît tout d'abord contre la paroi axillaire sous forme d'une ombre qui s'effile du dehors en dedans.

En général, cette amorce de l'image triangulaire n'est pas perceptible dès l'apparition des signes géné-

raux : il y a souvent, entre le déclenchement des réactions générales et la constitution des signes radiologiques, un retard de vingt-quatre à quarante-huit heures, mais il peut être réduit à quelques heures et même deux heures après le frisson. Mais presque toujours le souffle ne s'entend (dans les cas où la pneumonie donne des signes sthétoscopiques dès le début) que lorsque la radio a été positive.

Jean Chalut dans sa thèse en 1920, donne un nouveau signe de la pneumonie du sommet chez l'enfant auquel il donne le nom de « signe de Jules Renault ». Ce signe consiste dans l'asynchronisme respiratoire des deux hémithorax. Au niveau des creux sous-claviculaires et des premières côtes on voit le côté malade se soulever avant le côté sain. Pour donner plus de netteté à ce signe, on peut poser la main à plat sur la paroi thoracique, au niveau des côtes supérieures; les mains entraînées, mieux que le thorax lui-même, dessinent un mouvement de bascule.

La différence entre la température axillaire et la température rectale donne des renseignements assez intéressants. Schule (Münch, med. Wochenschrift, 1^{er} mars 1900) a montré qu'alors que chez les fébricitants la différence entre la température rectale et axillaire oscille entre 0°02 et 0°05, dans l'appendicite, la différence s'était élevée à 1°1 et 1°4, les deux courbes restant parallèles.

Les phénomènes de péritonisme passager

MM. Mouriquand et Bernheim rapportent dans *La Médecine* du mois d'août 1927 deux observations très intéressantes à ce sujet.

Un enfant de trois ans atteint de pneumonie double présentait le jour de son entrée à l'hôpital un météorisme abdominal considérable accompagné de douleurs vives.

Le lendemain, le pouls était rapide, le faciès grippé et l'atteinte du péritoine paraissait évidente. Sous l'action de la glace, d'une sonde rectale qui laissa échapper de nombreux gaz, tous les symptômes inquiétants disparaissaient rapidement.

Dès le début d'une pneumonie, un autre petit malade se plaint de douleurs abdominales violentes, nécessitant l'application d'une vessie de glace. Rapidement, ces symptômes s'amendent, mais dix jours après la défervescence, la température et les douleurs abdominales réapparaissent. Elles sont intenses, généralisées et le ballonnement du ventre est si marqué qu'un premier médecin pense à une péritonite et s'apprête à appeler un chirurgien. Mais du jour au lendemain tous les phénomènes disparaissent et, depuis, la guérison s'est maintenue.

La fausse occlusion intestinale

Dans quelques cas très rares, le ballonnement extrême du ventre, les vomissements fréquents et la constipation ont pu faire penser à une occlusion intestinale.

La fausse perforation intestinale

Le début de ce syndrome est toujours brusque et brutal. Il peut survenir soit au début d'une pneumonie déjà diagnostiquée, soit au milieu d'un tableau clinique qui est celui d'une grande infection indéterminée.

En 24-36 heures ou en quelques heures seulement les réactions abdominales atteignent leur maximum d'intensité.

Quelle que soit la modalité du début, ce sont la douleur et les vomissements qui annoncent la pseudo-perforation.

La douleur est ordinairement le symptôme qui ouvre la scène; son intensité est toujours très élevée. C'est une douleur continue, exacerbée parfois par des paroxysmes spontanés, ou par l'exploration la plus légère.

Elle diffuse uniformément dans tout le ventre, mais elle présente d'habitude un foyer particulière-

ment sensible que décèle la palpation, soit à l'épigastre, soit dans la fosse iliaque droite. Ces deux maxima peuvent d'ailleurs coïncider ou se succéder chez le même malade, le point épigastrique étant en général le plus évident.

Les vomissements apparaissent précocement. Ils affectent d'ordinaire un caractère porracé.

Dans près de la moitié des cas l'arrêt complet des gaz et des matières se produit.

L'aspect général des malades est des plus alarmants; le faciès est pâle et grippé ou typhique, très voisin du masque péritonéal dont il ne se distingue que par des nuances.

L'abdomen est parfois très distendu, le météorisme pouvant même faire disparaître la matité hépatique, le plus souvent la distension est légère. A la palpation on peut constater l'existence d'une défense musculaire parfois très marquée.

La percussion révèle du tympanisme, mais pas de la matité dans les flancs, pas d'épanchement intra-abdominal.

Le résultat du toucher rectal est négatif.

La fièvre ne fait jamais défaut dans ces fausses perforations et s'élève d'ordinaire à 39° ou 40°.

Le pouls présente des caractères variables. Parfois il est manifestement abdominal « petit, misérable, mal frappé ».

Malgré ces allures dramatiques, l'évolution de la pseudo-perforation intestinale est très généralement favorable.

La marche des accidents est toujours aiguë : début brutal, apparition rapide de signes abdominaux qui revêtent bientôt une apparence de haute gravité, puis en une semaine au plus, orientation nette vers la guérison spontanée, tel est le schéma habituellement suivi.

Les vomissements n'appartiennent qu'aux premiers jours de l'affection, les gaz et les matières reprennent ensuite leur cours, la douleur et le météorisme s'effacent, la fièvre est ordinairement, le dernier symptôme à disparaître.

Dans ces cas il s'agit de répondre aux deux questions suivantes : Les accidents sont-ils d'origine pneumonique? S'agit-il bien d'une pseudo-perforation?

Lorsque ce syndrome survient au cours d'une pneumonie, il est permis d'en soupçonner la nature. mais s'agit-il de péritonisme? Quelques détails permettent parfois de soupçonner la pseudo-perforation : ordinairement le faciès n'est pas nettement péritonéal, le pouls est souvent peu accéléré et garde son amplitude; mais en réalité, il n'y a qu'une base de certitude : l'évolution. Il faudra se rappeler que c'est là une éventualité exceptionnelle alors que les affections à indication opératoire sont légion; ce sont elles qu'il est né-

cessaire d'éliminer et c'est ainsi qu'on arrivera, par exclusion, à admettre l'hypothèse de pseudo-perforation intestinale.

L'hémorragie intestinale

Elle constitue une complication précoce de la pneumonie, survenant parfois dès le troisième jour de la maladie.

Dans la plupart des cas, il s'agit de pneumonies graves.

Cette hémorragie peut se présenter sous différents aspects.

L'hémorragie peut être foudroyante sans avoir le temps de s'extérioriser. Ce n'est qu'à l'aup-tosie du malade, mort en état de collapsus, que l'on trouve un intestin rempli de sang noirâtre.

Parfois, l'hémorragie, très peu abondante, ne se traduit que par des selles sanguinolentes. Parfois il peut s'agir d'une hémorragie de moyenne abondance.

Souvent la quantité de sang est plus considérable.

Un malade de F. Rathéry eut une première hémorragie d'un litre et demi et une seconde si violente que « le sang s'écoulait du lit sur le plancher ».

L'aspect des selles est variable; parfois, comme dans les cas d'hémorragie très importante, le sang est évacué presque pur sous forme de caillots noirâtres;

parfois il est rutilant. Quand l'hémorragie est moins abondante, quelques caillots noirâtres peuvent être évacués avec les matières fécales ou leur être intimement mélangés.

Dans ces cas, la plupart du temps, les symptômes douloureux abdominaux, quoique peu accusés, existent. Il faut signaler un peu de ballonnement du ventre et quelques coliques.

L'hémorragie ne semble pas avoir d'influence sur l'aspect de la courbe thermique.

Alors que, chez l'enfant, le pronostic de la pneumonie est particulièrement bénin, l'apparition d'une hémorragie intestinale est toujours un indice d'infection sévère. Il faut en outre compter avec l'importance de l'hémorragie intestinale, celle-ci peut être considérable et entraîner rapidement la mort. Dans d'autres cas, les hémorragies se répètent; le malade présente des signes d'anémie aiguë, le pouls est rapide, petit, hypotendu, la température baisse et le malade meurt.

Néanmoins, le pronostic n'est pas toujours fatal et l'on signale des guérisons. (Obs. VI.)

Le diagnostic se pose ici avec les hémorragies intestinales de la typhoïde.

Le début est plus brutal dans celles de la pneumonie. Le pouls peut être dissocié ou dicrote en cas d'infection typhique. L'apparition d'hémorragies

intestinales amène habituellement une chute de la température dans la typhoïde.

La typhoïde s'accompagne de splénomégalie et de taches rosées; mais on a vu également des pneumonies présentant ces particularités.

Mais le meilleur élément de diagnostic, c'est la date d'apparition des hémorragies. En cas de typhoïde, elles apparaissent dans la règle au cours du troisième septennaire. Au contraire, chez les pneumoniques, l'aspect est tout à fait différent; les hémorragies intestinales sont précoces, elles peuvent survenir dès le troisième jour de la maladie. (Obs. VI.)

*
* *

A côté de ces formes à allure bruyante et dramatique, la pneumonie, si riche en aspects, peut affecter d'autres formes cliniques plus discrètes et plus insidieuses, plus aptes à égarer le diagnostic.

Les pneumonies à forme typhoïde

Dans les pneumonies à forme traînante, à forme typhoïde (Maurice Jeannest), le bloc pneumonique est précédé d'un ensemble de symptômes donnant l'impression de la typhoïde.

Le malade est amené à l'hôpital avec tous les symptômes de la dothiéntérie.

Depuis quelques jours il souffre de maux de tête et de douleurs abdominales; il a des vomissements et même des épistaxis; il a de la diarrhée; sa température est aux environs de 40°.

On provoque par la palpation des gargouillements dans la fosse iliaque droite; la rate est nettement augmentée de volume. (Obs. VII.)

Mais ce qui domine le tableau clinique, c'est un état d'abattement, de stupeur et d'adynamie très marqué.

Cet état se prolonge pendant seize à vingt jours. A ce moment apparaissent des taches rosées ressemblant d'une façon frappante à celles que l'on est habitué à voir chez les typhiques.

Au bout de cette longue période apparaît un foyer de pneumonie avec tous ses symptômes cliniques. A ce foyer succède un autre, puis un troisième. Et lorsque le poumon ne présente plus aucun signe

anormal, la température n'est pas encore descendue à 37°. Elle ne retombe que très lentement, le plus souvent par oscillations, comme dans la fièvre typhoïde.

En présence de ces symptômes, on fait le séro-diagnostic qui est négatif et l'examen du sang montre parfois la présence du pneumocoque.

Pneumonies avec diarrhée

La pneumonie normale évolue dans 90 % des cas sans diarrhée.

La diarrhée de la défervescence, comme phénomène critique de même ordre que la décharge urinaire, ne peut être considérée comme un symptôme anormal.

Mais, dans certains cas, la diarrhée, au lieu de se produire seulement au moment de la crise, peut se prolonger pendant plusieurs jours, résistant à tout traitement. On ne se trouve plus alors en présence d'un signe de bon augure annonçant la convalescence, mais, au contraire, devant un symptôme à peu près certain de pneumococcie dont les suites sont toujours à redouter. (Obs. VIII.)

La diarrhée, bien que ne présentant pas de gravité par elle-même, a cependant une grande valeur au point de vue pronostic de la maladie.

Elle semble liée très étroitement avec la marche que doit suivre la maladie et elle a, à ce point de vue, un intérêt de tout premier ordre.

Signalons enfin que ces selles diarrhéiques donnent une réaction nettement acide au lieu de donner une réaction alcaline.

*Pneumonies avec douleurs abdominales
et expulsion d'ascaris*

Lassalle, de Thonon-les-Bains, rapporte deux observations de douleurs abdominales au cours de la pneumonie avec expulsion d'ascaris. Chez un de ces malades, il a vu la douleur cesser avec l'expulsion d'un ascaride. Chez l'autre, l'administration du semen-contra provoqua également l'expulsion d'un ascaride.

Ces faits ne peuvent, évidemment, être considérés que comme des curiosités.

*Un cas de point de côté abdominal
coïncidant avec un lobe aberrant du foie*

M. E. Apert, dans *La Presse Médicale* du 29 juillet 1933, rapporte le cas d'une fillette de 6 ans chez qui le point de côté abdominal attire l'attention sur

un lobe aberrant du foie resté sans histoire clinique jusque là.

*
* *

Nous n'avons traité jusqu'ici que les formes cliniques du syndrome qui guérissent par le simple traitement médical; le tableau clinique paraît parfois alarmant, mais, serré de près, l'ensemble symptomatique ne donne pas l'impression d'une affection appelant l'intervention. La plupart de ces malades guérissent, sauf ceux présentant des hémorragies intestinales, mais cette dernière éventualité est heureusement rare.

Les douleurs abdominales n'indiquent pas par elles-mêmes une gravité plus marquée de la maladie, mais dans les cas où elles sont particulièrement intenses et où leur durée dépasse 24 à 48 heures, on peut prévoir une maladie à évolution longue, traînante, à convalescence souvent entrecoupée de complications. (Obs. I, III, VII, VIII.)

Ce qui importe c'est moins l'intensité de la douleur que la durée de la période douloureuse, car, dans les formes particulièrement traînantes, telles que la

forme typhoïde, la forme avec diarrhée ou la forme hémorragique où le pronostic est particulièrement fâcheux, l'intensité de la douleur est peu importante, mais la durée de la phase douloureuse prolongée.

*
* *

Mais les gros diagnostics, ceux qui hantent toujours notre esprit en présence de phénomènes douloureux chez un petit pneumonique, sont celui de péritonite à pneumocoques d'une part, celui d'appendicite d'autre part. Nous laissons de côté la dénomination de « vraie » péritonite et de « vraie » appendicite, car, au point de vue que nous adoptons, de la fausse péritonite à la vraie péritonite et de la fausse appendicite à la vraie appendicite, il n'y a qu'une différence de degré et d'évolution comme nous le prouverons ultérieurement.

Là, aucun doute n'est permis et le diagnostic doit être posé dès le début, car notre diagnostic, dans ce cas, entraînera des sanctions thérapeutiques de la plus haute importance.

La péritonite à pneumocoques

La péritonite à pneumocoques est peu fréquente par rapport au nombre des manifestations pulmonaires du pneumocoque : 2 fois sur 151 infections pneumococciques pour Netter, 7 fois sur 177 pour Pearce.

Sur 100 observations de pneumoniques que nous avons compulsées dans le service de M. Nobécourt, nous avons pu relever une péritonite à pneumocoques.

C'est au cours de la deuxième enfance que la péritonite à pneumocoques est particulièrement fréquente, surtout de 4 à 10 ans. Ce sont presque exclusivement les petites filles qui en sont atteintes. Elle ne survient que très rarement (1 fois sur 400 d'après Rolleston) à la suite d'une pneumonie franche. Le plus souvent elle est consécutive à une atteinte pulmonaire légère comme une petite bronchite. Assez souvent même elle n'est précédée que d'une légère angine ou d'une rhinite purulente.

Le début est brusque comme celui de la pneumonie, survenant en pleine santé. L'enfant est surpris au milieu de la nuit, au cours d'un repas, pendant ses jeux, par une douleur violente dans le ventre, à laquelle vont s'ajouter bientôt les deux autres signes fonctionnels qui attirent l'attention, à savoir les vomissements et la diarrhée.

La douleur, dans la règle, est diffuse dans tout le ventre sans localisation précise en un point. Toutefois il n'est pas rare de rencontrer une douleur à maximum péri-ombilical ou franchement prédominante dans la fosse iliaque droite. Dans quelques cas on a noté une douleur à maximum gauche ou dans le pli de l'aîne.

A cette douleur vont s'ajouter presque aussitôt des vomissements d'abord alimentaires, ensuite bilieux, qui se répètent fréquemment, s'accompagnant d'une intolérance gastrique absolue.

La diarrhée se remarque presque toujours. M. Mathieu l'a trouvé 10 fois sur 12, Mac Cartney et Fraser 32 fois sur 36, Mlle Papaïoannou 16 fois sur 20.

Cette diarrhée caractérise la péritonite à pneumocoques, puisque dans les autres infections du péritoine la constipation est la règle. C'est une diarrhée abondante (10-12 selles par jour), liquide, verdâtre, dans quelques cas sanguinolente, mais toujours particulièrement fétide.

La fièvre monte d'emblée à 39°5, 40°. Cette ascension brusque de la température à un chiffre aussi élevé est un des traits des plus caractéristiques de la péritonite à pneumocoques. Le pouls est à 120, 130 pulsations à la minute, plein et bien frappé. Le faciès du petit malade est vultueux, les pommettes rouges. On

note une dyspnée avec battement des ailes du nez, une petite toux sèche et quinteuse et, dans certains cas, une vésicule d'herpès labial.

Le ventre, à cette période, est dur, contracturé. « La contracture a deux caractères : elle est généralisée et n'est pas très marquée, ni très prompte, ni très rigide, elle est moindre que dans l'appendicite. » (Mondor.)

Dans certains cas, pas très rares, il existe une contracture véritable, généralisée ou localisée dans la fosse iliaque droite. (MM. Mathieu et Davioud.)

Ces symptômes violents du début semblent, au bout de 24 à 48 heures, perdre de leur violence, sauf la diarrhée qui persiste dans la règle. Elle peut même apparaître, à ce moment, dans les cas où elle a été absente au début et être alors d'une grande valeur diagnostique.

Mais si l'état général va s'améliorer, l'infection pneumococcique n'en continue pas moins à évoluer d'une manière insidieuse et les signes abdominaux se précisent.

La matité que l'on a pu déceler dans quelques cas dès le troisième jour, au niveau des parties déclives, est facilement reconnue par la percussion le 5^e jour. Elle est, à ce moment encore, libre, mobile. Au bout du 15^e ou 20^e jour, la collection résiduelle apparaît.

Cette collection est fixe, le plus souvent de forme arrondie, symétrique.

Bientôt, si l'on n'est pas intervenu chirurgicalement, l'état général du malade commence à s'altérer, l'ombilic rougit, se déplisse et finit par livrer passage à un pus en quantité parfois considérable (jusqu'à 3 litres et plus). Cette ouverture spontanée s'effectue environ quatre ou cinq semaines après le début de la péritonite et se termine par une véritable vomique péritonéale (Dieulafoy), l'ouverture pouvant se faire vers un organe creux : le vagin, la vessie, le rectum.

La durée totale de la maladie est de six semaines à deux mois.

Dans quelques cas, la collection péritonéale n'ayant pas de tendance à s'extérioriser ou ne pouvant se livrer passage à travers la paroi abdominale, la petite malade dépérit rapidement. Le ventre devient de plus en plus volumineux, l'enfant maigrit, se cachectise et succombe bientôt avec tous les symptômes d'une péritonite tuberculeuse.

A côté de cette forme classique, on a décrit une forme suraiguë emportant la petite malade en quelques heures et une forme abortive.

Cette dernière correspond aux formes avec « phénomènes de péritonisme passager » déjà décrites par Broca et sur lesquels insiste M. Mouriquand.

Au début, le diagnostic de la péritonite à pneu-

mocoques se pose avec celui de l'appendicite. Il est de la plus haute importance de poser le diagnostic ferme et précis dès le début, car la conduite à tenir est très différente selon le cas.

Nous avons déjà vu les difficultés que présente le diagnostic d'appendicite et celui de la « fausse » appendicite du début de la pneumonie. Les difficultés sont encore bien plus grandes lorsqu'il s'agit de distinguer l'appendicite de la péritonite.

La diarrhée est sans doute un des signes des plus importants. Nous avons vu l'importance qu'y attachent presque tous les auteurs.

L'état du ventre est assez caractéristique.

Dans la péritonite à pneumocoques, il reste en général peu contracturé, dépressible et peu douloureux à la pression, tandis que, dans l'appendicite, la contracture est franche et surtout marquée dans la fosse iliaque droite.

Mais cette absence de contracture franche et localisée est loin d'avoir une valeur absolue, attendu qu'elle peut se constater dans les appendicites toxiques et gangréneuses.

La douleur est plus diffuse et surtout périombilicale dans la péritonite à pneumocoques, l'appendicite étant au contraire caractérisée par sa douleur localisée au niveau de la fosse iliaque droite. Mais la valeur de cette distinction est toute relative. On a vu

bon nombre d'appendicites à début douloureux périombilical, des appendicites à douleur diffuse et des péritonites à pneumocoques à maximum douloureux dans la fosse iliaque droite.

Le faciès du malade aurait une certaine valeur, il serait vultueux, les pommettes rouges dans la péritonite pneumococcique; tandis que les appendicites s'accompagnent plus fréquemment de faciès péritonéal.

L'appendicite

C'est un diagnostic que l'on fait par élimination des autres syndromes et surtout de la péritonite.

Le diagnostic est plus ou moins facile, difficile à faire suivant les cas et engage hautement la responsabilité médicale.

Nous avons déjà fourni les éléments d'un bon diagnostic différentiel. Nous avons aussi parlé de ses difficultés. A tous ces éléments s'en ajoute un, décrit comme le « signe de Jacob ».

Son auteur en donne la description et en dégage la signification de la façon suivante :

« Sur un malade atteint d'appendicite avec péritonite qui paraît localisée à la fosse iliaque droite, par conséquent chez un malade qui a la paroi abdominale gauche souple et non contracturée, déprimez

doucement, progressivement, cette paroi jusqu'à l'amener au contact de la fosse iliaque gauche, puis relâchez-la brusquement.

« Deux cas peuvent alors se présenter :

« 1° Ou bien le malade n'accuse aucune douleur. C'est pour moi la preuve que l'inflammation péritonéale reste bien localisée dans la fosse iliaque droite et je tente le refroidissement.

« 2° Ou bien le malade accuse une douleur assez vive et fait même une grimace. C'est pour moi la preuve que la péritonite franchit les limites de la fosse iliaque droite, va se diffuser ou est déjà en voie de diffusion commençante, et j'agis immédiatement. »

Si le signe de Jacob est négatif, deux éventualités sont possibles :

Ou il n'y a pas d'appendicite; ou il y a appendicite sans que l'intervention immédiate s'impose. La temporisation est de mise, permettant à une affection pleuro-pulmonaire de se déceler.

RECHERCHES DE LABORATOIRE

Quelques recherches de laboratoire ont été proposées pour permettre le diagnostic précoce de la péritonite à pneumocoques et de l'appendicite.

Ces recherches portent sur la formule leucocytaire et l'hypérinose sanguine.

La formule leucocytaire

La leucocytose avec polynucléose a été considérée par certains auteurs allemands et américains comme un « élément capital du diagnostic différentiel ». (Gibson.)

Il y aurait, selon Gibson, dans les péritonites à pneumocoques, des leucocytoses oscillant de 20.000 à 74.000 avec un pourcentage de polynucléaires de plus de 90 % et dans l'appendicite des leucocytoses de 10.000 à 15.000 seulement. Mais ces résultats sont loin de concorder avec les recherches de tous les auteurs, car, d'après les recherches de M. Mondor et de M. Fèvre, il y a des péritonites appendiculaires avec

très haute leucocytose et des péritonites à pneumocoques sans énorme leucocytose.

L'hyperinose sanguine

Mlle Papaïoannou, dans sa thèse, recommande la recherche de l'hyperinose sanguine selon le procédé microscopique très simple de Hayem.

Normalement, le reticulum fibrineux examiné selon le procédé de Hayem est très fin, presque invisible; il devient plus évident, phlegmasique, atténué en cas de rhumatisme articulaire aigu et de pneumonie; il est formé de fibrilles très épaisses et nombreuses, il devient phlegmasique franc en cas de péritonite à pneumocoques.

Sur quatre péritonites à pneumocoques, Mlle Papaïoannou a constaté une hyperinose très marquée dans trois cas.

ETUDE PATHOGENIQUE

La théorie de la douleur réflexe

Le point de côté abdominal, siégeant au niveau du point de Mac Burney ou ailleurs, étant la manifestation douloureuse abdominale que l'on rencontre le plus souvent, c'est par lui que nous commencerons l'étude pathogénique des syndromes douloureux abdominaux.

La pathogénie du point de côté dans la pneumonie, comme du reste dans d'autres affections pulmonaires, a été expliqué de plusieurs façons.

Les uns (Piorry, Bouillaud, Beau) le considèrent comme étant dû à la névrite des nerfs intercostaux, au voisinage de la plèvre enflammée.

Pour d'autres, come G. Sée, la douleur n'est pas due aux nerfs, mais à l'inflammation du tissu fibreux sous-jacent à la plèvre. On souffre de la plèvre comme on souffre de la synoviale dans les inflammations articulaires.

Selon une troisième théorie, la douleur peut tenir à la fois à la névrite et à l'inflammation des tissus sous-pleuraux.

Selon Mirande, le point de côté serait une névralgie intercostale réflexe à point de départ dans les filets sympathiques, qui constituent l'innervation sensitive du poumon. L'irradiation suivant le trajet du douzième nerf intercostal donne le point de côté abdominal; ce serait surtout l'irradiation suivant la première branche perforante antérieure du douzième nerf intercostal qui serait responsable de la douleur superficielle au niveau du point de Mac Burney.

Dans l'appendicite, il faudrait distinguer un foyer douloureux profond dû à l'inflammation de l'appendice lui-même et du péritoine d'un foyer superficiel sous-cutané. Le foyer superficiel constituant le point douloureux de Mac Burney serait dû, lui aussi, à une névralgie irradiée suivant le trajet de la première branche perforante antérieure du douzième nerf intercostal.

Le point de côté abdominal de la pneumonie, aussi bien d'ailleurs que le foyer douloureux superficiel de l'appendicite ont tous deux les caractères de la douleur névralgique : c'est une douleur continue avec paroxysmes provoqués par les mouvements respiratoires et par la toux.

Elle est diffuse au point de vue subjectif; la malade la rapporte à toute la région péri-ombilicale. Elle se précise merveilleusement à la pression en un point, véritable point de Valleix qui répond au milieu

de la ligne ilio-ombilicale. Ce point s'irradie aux lombes, à la racine de la cuisse droite, au testicule droit; il est atténué d'une façon considérable par l'application cutanée de liniments thérapeutiques.

Si cette théorie est admissible dans certains cas où le syndrome douloureux a été particulièrement fugace, la plupart des constatations anatomiques, opératoires et cliniques infirment l'hypothèse de la douleur irradiée.

Toutes les investigations de laboratoire rendent infiniment plus probable une explication de ces phénomènes par une septicémie à pneumocoques donnant à la fois des déterminations pulmonaires et abdominales. Cette hypothèse nous explique d'une façon satisfaisante la pathogénie, non seulement du syndrome pseudo-appendiculaire, mais de toutes les manifestations douloureuses abdominales au cours de la pneumonie.

La théorie de la septicémie à pneumocoques

« Autrefois », disait déjà Hutinel en 1912, « on pensait que le pneumocoque descendait du larynx, de la trachée et des bronches pour se disséminer ensuite dans les alvéoles. Aujourd'hui on a dû abandonner cette interprétation pour ne plus admettre que l'hypothèse d'une septicémie se localisant plus particu-

lièrement et d'une façon plus intensive sur le poumon ».

I. — CONSTATATIONS BACTERIOLOGIQUES

Joltrain, en 1910, avait déjà fourni la preuve expérimentale de cette hypothèse. Il a pu reproduire la pneumonie en injectant dans le sang du chien et de la souris des pneumocoques et, dans ces expériences, la pneumonie fut la seule localisation de cette pneumococcie.

La transmission de la pneumonie de la mère au fœtus vient encore apporter une preuve de l'origine sanguine de la pneumonie.

Netter a rapporté à ce sujet un cas très typique. Il s'agit d'une femme atteinte d'une pneumonie du sommet droit et qui, au cours de sa maladie, met au monde un enfant de sexe féminin. Cet enfant meurt le lendemain de l'accouchement et, à l'autopsie, on note l'existence d'une pneumonie du sommet du poumon droit.

Il est vrai qu'il est difficile de trouver le pneumocoque dans le sang des individus atteints de pneumonie et souvent l'hémoculture se montre négative.

Hutinel nous explique ce fait :

« La démonstration de la pneumococcie n'est pas facile, parce que la bactériémie n'a qu'une durée

éphémère et disparaît dès que la localisation pulmonaire s'affirme. »

II. — CONSTATATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

L'anatomie pathologique confirme amplement la thèse de la septicémie à pneumocoques.

Netter, dans toutes les autopsies de pneumoniques, a constaté la présence du pneumocoque sur le péritoine.

Triboulet n'a constaté que deux fois sur plusieurs centaines d'autopsies de pneumoniques l'absence de toute lésion intestinale.

Griffon a trouvé dans des autopsies de pneumoniques des ulcérations et des hémorragies punctiformes au niveau du pylore.

Rathéry a trouvé dans les cas d'hémorragies intestinales, au cours de la pneumonie, des lésions variées. La muqueuse gastrique présentait des ulcérations multiples variant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une grosse lentille; des ulcérations superficielles, peu nombreuses, petites, de la dimension d'une lentille, siégeaient au niveau de la première portion du duodénum et de l'ampoule de Vater, d'autres à l'angle droit du côlon transverse et au niveau du côlon descendant.

Ces ulcérations étaient très superficielles, profondes de un à deux millimètres, à bords un peu irréguliers.

Dans les cas de pseudo-perforation intestinale, on a pu constater une distension considérable de l'intestin au niveau des cinquante derniers centimètres de l'iléon; le péritoine était légèrement congestionné; la muqueuse était intacte macroscopiquement. Dans un cas très voisin (fausse perforation au cours d'une paratyphoïde B), M. P. Brocq trouva uniquement une teinte bleue ardoisée de la fin de l'iléon et attribua les accidents constatés au cours de la maladie à un réflexe douloureux irradié de l'intestin au plexus mésentérique.

Richet fils a parlé dans sa thèse des entérites par éliminations microbiennes et toxiques.

MM. Parturier et Deherripon, de Lille, ont trouvé à l'autopsie des lésions de cholécystite chez deux enfants morts de pneumonie et ayant eu au cours de leur maladie des douleurs péri-ombilicales.

III. — CONSTATATIONS OPERATOIRES

Les nombreuses constatations opératoires permettent de suivre pour ainsi dire d'heure en heure l'évolution des lésions.

Dans quelques cas où le syndrome appendicu-

laire paraissait net et où l'intervention fut pratiquée dans les toutes premières heures, on trouva un appendice un peu rouge, la séreuse légèrement dépolie, l'aspect de la muqueuse normal; dans d'autres cas, l'appendice était le siège d'une inflammation catarrhale.

Dans une péritonite à pneumocoques, M. Fèvre, chez un enfant opéré à la sixième heure après les signes du début, a trouvé que le grêle était le siège d'un piqueté hémorragique entre un diverticule de Meckel et la région cœcale; la fosse iliaque droite contenait à peine une cuillerée à café de liquide louche.

Melchior, à la douzième heure, ne trouva qu'une tuméfaction des ganglions mésentériques et un état particulier de l'intestin, qui donnait, au palper, une sensation glaireuse.

Du deuxième au troisième jour, on trouve un appendice un peu rouge participant à la congestion de toute la zone ilio-cœcale. Les anses intestinales sont congestionnées, de coloration rouge vineuse. Cette cogestion prédomine sur les 50 derniers centimètres du grêle.

Le péritoine viscéral est rouge, congestionné. Il présente souvent un piqueté hémorragique. L'appendice est rouge, congestionné, quelquefois turgescant;

microscopiquement il présente dans quelques cas des signes nets d'inflammation aiguë.

On trouve dans la cavité péritonéale une quantité de pus variant de quelques cuillerées à café à un litre. Tantôt ce n'est qu'un liquide séreux, louche, noirâtre. Tantôt il s'agit d'un pus franc, bien lié, épais, crémeux et verdâtre. Des fausses membranes peu adhérentes, de coloration le plus souvent jaunâtre, se trouvent disséminées sur tous les points de la cavité péritonéale.

*
* *

Considérant, à la lumière de ces faits, les constatations cliniques, nous comprenons que certaines appendicités et péritonites, après un début bruyant, aient pu couper court et évoluer vers la guérison. Les interventions où l'on ne trouva qu'un appendice un peu rouge, mais sain, semblent correspondre à ces formes abortives de la péritonite à pneumocoques. Il serait, du reste, difficile de dire s'il s'agissait d'une légère atteinte isolée de l'appendice ou si l'appendice participait à la congestion de toute la région ilio-cœcale. Nous comprenons aussi que de la « fausse » appendicite à la « vraie » appendicite et de la « fausse » péritonite à la « vraie » péritonite, il n'y a qu'une différence de degré et d'évolution.

*
* *

Les manifestations cliniques, dans certains cas, sont tellement nettes que la participation péritonéale ne fait aucun doute. MM. Mouriquand et Bernheim ont beaucoup insisté sur ces faits. Ce sont des manifestations plus ou moins marquées et dont on peut dire que l'intensité, échelonnée selon une gamme croissante, va depuis la réaction éphémère de la séreuse jusqu'à la péritonite suppurée. A ces manifestations d'intensité croissante correspondent les différentes phases anatomiques de l'atteinte péritonéale.

IV. PREDISPOSITIONS ANATOMIQUES

A ces arguments il faut ajouter la susceptibilité particulière de l'appendice qui constitue une véritable amygdale abdominale.

A. Broca, dans sa *Chirurgie infantile*, en 1914, écrit : « A l'origine, l'appendicite est une folliculite de l'organe si riche en tissu adénoïde qu'est l'appendice vermiculaire. L'analogie pathologique est grande avec les amygdalites et adénoïdites, et le lien étiologiques paraît net avec les diverses angines. Les médecins d'enfants savent que les petits adénoïdiens sont plus exposés à l'appendicite que les autres sujets. »

Notre Maître, M. Nobécourt, en 1934, parle d'un « lymphatisme de la muqueuse appendiculaire ».

Rôle de la virulence du germe

Il reste à savoir si, à ces lésions d'intensité différente, ne correspondent pas des pneumocoques de virulence différente.

On a décrit quatre variétés de pneumocoques : I, II, III, types bien caractérisés et agglutinables respectivement par les sérums I, II et III, et le groupe IV, groupe hétérogène, formé de germes dont chacun est exclusivement agglutinable par le sérum qu'il engendre.

Or, si la variété la plus virulente, celle donnant des péritonites, semblait correspondre en 1920 au groupe I pour les uns, au groupe III pour les autres, il n'en est plus de même aujourd'hui.

Depuis 1927, M. Cotoni, Mlle Chambrin et M. Lévy-Bruhl, continuant la même étude, trouvent dans les localisations extra-pulmonaires du pneumocoque, une prédominance de plus en plus marquée du type X, très virulent, soluble dans la bile, mais qui n'est agglutinable par aucun des sérums français et américains.

TRAITEMENT

Les manifestations douloureuses abdominales correspondent le plus souvent à une atteinte appendiculaire ou péritonéale plus ou moins marquée. Le traitement sera dirigé dans ce sens, surtout dans les cas où ces manifestations dépassent les 24-48 premières heures de la maladie.

On appliquera de la glace sur le ventre.

Dans les cas de météorisme abdominal considérable, on introduira une sonde rectale qui permettra l'échappement des gaz.

On mettra tout en œuvre qui permettra à l'organisme de lutter contre l'infection.

On usera largement des toni-cardiaques : huile camphrée, caféine, coramine.

Les Allemands insistent sur les bons résultats obtenus par les injections intraveineuses de strophanthus.

Le sérum artificiel injecté par voie sous-cutanée permettra de lutter contre l'intense déshydratation de l'organisme que l'on observe dans certains cas.

On traitera les hémorragies intestinales par les

moyens anti-hémorragiques habituels : le repos absolu, la glace en permanence sur le ventre, le chlorure de calcium, l'Anthéma et la transfusion sanguine dans les cas graves.

Les formes traînantes de la pneumonie avec manifestations abdominales, comme la forme à allure typhoïde et la forme avec diarrhée et enfin la péritonite, bénéficieront largement de la transfusion sanguine et de la sérothérapie.

La transfusion sanguine a donné à Mac Cartney et Fraser les meilleurs résultats dans la péritonite à pneumocoques; elle a une action antiinfectieuse très importante.

On injectera le sérum par voie sous-cutanée à des doses variant de 40 à 100 cc. le premier jour et à des doses de 40 à 50 cc. pendant les quelques jours suivants.

On interviendra d'urgence dans l'appendicite, même si l'on n'a pas la certitude absolue, car l'abstention en cas de péritonite appendiculaire est toujours fatale.

On n'opérera la péritonite à pneumocoques qu'à la phase d'abcès collecté, car l'intervention précoce, si elle n'a pas toujours l'action néfaste qu'on lui avait attribué primitivement, prolonge la durée de l'affection et augmente la fréquence et la gravité des complications pleuro-pulmonaires. (Obs. I.)

CONCLUSIONS

— Les manifestations douloureuses abdominales au cours de la pneumonie des enfants sont fréquents; on les rencontre dans près d'un tiers des cas.

— Les formes cliniques qu'affectent ces manifestations sont des plus variées; elles correspondent à des lésions anatomiques non moins variées.

— Dans la plupart des cas, il s'agit de manifestations se rapprochant de l'appendicite ou de la péritonite.

— De ces « fausses » appendicites aux « vraies » appendicites et de ces « fausses » péritonites aux « vraies » péritonites il n'y a qu'une différence de degré et d'évolution; le traitement devra en tenir compte.

— Ces manifestations n'indiquent pas par leur existence même une gravité plus marquée de la maladie, mais dans les cas où elles sont particulièrement intenses et où leur durée dépasse les 24 à 48 premières heures de l'affection, on peut prévoir une pneumonie à évolution longue, traînante, à conva-

lescence souvent entrecoupée de complications pulmonaires et extra-pulmonaires. Mais le fait est loin d'être constant.

— Ces phénomènes ne peuvent trouver une explication satisfaisante que par l'hypothèse d'une septicémie à pneumocoques donnant à la fois des déterminations pulmonaires et abdominales. Les constatations anatomo-pathologiques et les recherches bactériologiques confirment cette manière de voir.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : Le Président de la Thèse,
M. NOBECOURT

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLETY.

OBSERVATIONS

MANIFESTATIONS A TYPE APPENDICULAIRE

Observation I. (M. le Professeur Nobécourt in Progrès médical, 22 septembre 1934).

Gilbert, âgé de 8 ans.

Ses parents, ses trois frères sont bien portants. Il est né à terme. A 5 ans il a eu la rougeole.

Il est toujours bien portant.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 mai, vers vingt-trois heures, il est réveillé par des vomissements alimentaires et des douleurs abdominales diffuses.

Le 2 mai, dans la matinée, il a six ou sept vomissements, sa température est de 40°.

Le médecin consulté constate quelques symptômes méningés : de la raideur de la nuque, un léger Kernig, de la céphalée, quelques mouvements convulsifs. Il envoie l'enfant à l'hôpital.

L'interne de garde fait une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est clair, contient une quantité normale d'albumine et quelques lymphocytes; une culture est faite qui restera négative.

L'interne élimine le diagnostic de méningite. Mais, d'au-

lie part, il constate que l'abdomen est douloureux. Il envoie l'enfant dans le service de chirurgie.

La température est de 40°1.

La douleur prédomine dans la fosse iliaque droite, où il existe une légère contracture.

On porte le diagnostic d'appendicite aiguë avec réaction méningée. On opère; on trouve un appendice un peu rouge, mais normal.

Une hémoculture est faite, qui restera négative.

Le 3 mai, deuxième jour de la maladie, la température est de 37°4 — 39°6; le 4 mai, de 37°7 — 37°7.

Le 5 mai, Gilbert est envoyé à la salle Bouchut.

La température est de 39° le matin, de 40° le soir. Son pouls est à 110. Il est très abattu. Il accuse des douleurs diffuses à la partie inférieure de l'hémithorax gauche.

Il a de la polypnée; on compte 45 respirations par minute.

Nous ne pouvons examiner l'abdomen, à cause du pansement. Nous constatons une légère raideur de la nuque et un léger signe de Kernig.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on trouve : à gauche, en avant, dans la région sous-claviculaire, du skodisme; en arrière, dans la moitié supérieure, de la matité, un souffle rude aux deux temps, quelques bouffées de râles crépitants fins et secs à la toux.

Le foie et la rate sont normaux. Les urines sont foncées et troubles : leur volume est de 500 cc. par 24 heures. Elles contiennent 0 gr. 55 d'albumine par litre, un dépôt abondant d'urates et de nombreux leucocytes.

On porte le diagnostic de pneumonie du lobe supérieur gauche.

Le 6 mai, la température est de 39°4 — 39°7. Le 7 mai, le matin, elle se maintient à 38°6.

Mais la défervescence ne s'achève pas; la fièvre persiste élevée.

Dans la partie inférieure de l'hémithorax gauche apparaît des signes de condensation pulmonaire puis un épanchement liquide de la plèvre. Plusieurs radiographies confirment ce diagnostic.

Le 19 mai, dix huitième jour de la maladie, une première ponction de la plèvre retire du pus contenant des pneumocoques.

L'état général s'aggrave, la fièvre s'élève et présente de grandes oscillations.

Le 23 mai, vingt-deuxième jour de la maladie, on fait une pleurotomie; on trouve une plèvre libre, ne contenant pas de pus.

La température continue à osciller. Le 29 mai, vingt-huitième jour de la maladie, on pratique à travers la brèche opératoire une ponction du poumon; après avoir pénétré à cinq ou six centimètres, on retire du pus très abondant. On ne peut préciser s'il s'agit d'une pleurésie interlobaire ou d'un abcès du poumon.

La fièvre persiste encore pendant quelques jours, puis l'apyrexie s'installe à partir du 3 juin, trente-troisième jour de la maladie.

Vu le quarante-troisième jour de la maladie, Gilbert était en bonne voie de guérison.

Observation II (due à l'obligeance de Mlle Papaïoannou).

Madeleine âgée de 7 ans, présente le soir du mercredi 28 janvier une température à 40°, une petite toux sèche et des douleurs abdominales très nettes au niveau de la fosse iliaque droite.

Le lendemain, la température persiste, l'enfant souffre toujours de sa fosse iliaque droite. Elle n'a pas eu de selles ni des gaz dans l'intervalle.

Le médecin qui voit l'enfant le jeudi porte le diagnostic d'appendicite et demande une consultation chirurgicale. L'enfant présente ce jour-là à l'examen un ventre légèrement tendu, mais sans défense nette au niveau de la fosse iliaque droite. Le chirurgien ne pouvant confirmer le diagnostic d'appendicite, ordonne de la glace sur le ventre et préconise l'expectative armée. La température est toujours à 40°, l'enfant n'a pas d'herpès, sa langue est sèche, ses urines sont peu abondantes; Cet état se maintient pendant 3 jours.

Le dimanche matin, 5^e jour de la maladie, l'enfant n'a toujours pas de selle; son ventre est encore douloureux au niveau de la fosse iliaque droite; la fièvre persiste. Elle n'a pas de vomissements ni des nausées. A l'examen on ne constate aucune contracture au niveau de la fosse iliaque droite, aucun signe précis d'appendicite. Le toucher rectal reste négatif. Le médecin envisageant la possibilité d'une affection pulmonaire prescrit avec l'assentiment du chirurgien, un petit lavement d'huile (125 grammes injectés à la poire). L'enfant a une selle peu abondante. Ce petit lavement répété le dimanche et le lundi débarasse l'intestin.

Ce n'est que le mardi, c'est-à-dire le 6^e jour de la maladie, alors que la température s'est maintenue en plateau depuis le début, que la langue est restée sèche et rôtie, que l'on entend en avant au niveau de la région sus-claviculaire droite, un souffle tubaire typique, entouré d'une couronne de râles crépitants fins.

Le mercredi matin, 7^e jour de la maladie se produit une chute passagère de la température à 38°, suivie le soir d'un clocher thermique à 40°9. La nuit est très agitée, et le lendemain jeudi, le 8^e jour de la maladie, on assiste à la défervescence typique à 37°.

L'enfant fait pendant sa convalescence une néphrite à pneumocoques, caractérisée par une albuminurie d'une semaine, et s'accompagnant d'une légère bouffissure de la face.

L'enfant est actuellement en excellente santé et ne présente plus aucune manifestations abdominale douloureuse.

Observation III (personnelle).

Jeanine, âgée de 6 ans et demi.

Entre dans le service le 16 octobre 1934. Le soir même de son entrée, l'enfant a été prise brusquement de frissons répétés intenses, avec claquement des dents. Elle accuse une douleur diffuse dans tout l'abdomen, avec maximum dans la fosse iliaque droite. Elle a des vomissements alimentaires. La température est de 39°7.

Le lendemain matin, 17 octobre, l'état général reste alarmant. On transporte l'enfant dans le service de chirurgie, d'où on nous la renvoie le 18 octobre au matin.

L'examen pulmonaire depuis son entrée s'est toujours montré négatif. Il l'est encore le 18 octobre.

Ce jour-là l'enfant a des convulsions, elle délire. Le regard est fixe et vague. La température est de 39°.

Le 19 octobre l'état général de l'enfant n'a pas changé. On ne trouve rien à l'examen pulmonaire. On pratique une hémoculture, qui devait plus tard, se révéler négative.

Le 20 octobre on trouve à l'examen de l'appareil respiratoire, une matité en arrière à la base droite et un souffle tubaire net à la partie moyenne du champ pulmonaire droit. Le ventre est encore douloureux et contracturé au niveau du Mac Burney. La radiographie montre un bloc pneumonique au niveau du lobe moyen du poumon droit.

Le tableau clinique reste sensiblement le même jusqu'au 23 octobre.

Le 23 octobre l'enfant est plongée dans un état de prostration profonde entrecoupé de périodes d'agitation fugaces. Les yeux sont enfoncés dans les orbites, les pommettes sont saillantes, le nez effilé : l'enfant se déshydrate. Le ventre est rétracté.

Les réflexes sont normaux. Une ponction lombaire montre un liquide sensiblement normal. Le dosage de l'urée sanguine montre une urémie de 1 gr. 60.

On prescrit III gouttes de digitaline et 5 centigr. de gardénal.

Le 24 octobre l'état général de l'enfant est encore plus alarmant. La prostration et la déshydratation persistent. La température est de 39°. On prescrit trois gouttes de digitaline et du sérum physiologique par voie sous-cutanée et rectale à la dose de 250 centimètres cubes.

Le 25 octobre l'enfant est plongée dans un délire doux et tranquille. La température est de 38°8, le pouls à 130, la langue est sèche.

Le ventre est encore rétracté. On ne trouve pas de raideur de la nuque ni de Kernig. Les bruits du cœur sont bien frappés. L'oreille droite semble être un peu douloureuse. On continue l'administration de la digitaline et du sérum physiologique.

Le 26 octobre on constate une amélioration notable. L'enfant est plus présente et plus calme, les yeux moins enfoncés, la déshydratation moindre. La température est de 37°4. L'examen des urines montre un dépôt abondant d'urates, mais pas d'albumine, pas de sucre; à l'examen microscopique on ne trouve ni leucocytes, ni hématies, ni cylindres.

Dès lors l'état de la petite malade va en s'améliorant.

Le 31 octobre on ne trouve plus rien aux poumons. La température est de 37°. Le dosage de l'urée sanguine montre une urémie de 0 gr. 35.

Mais la convalescence est longue. La petite malade fait encore une poussée thermique à 38° le 10 novembre et une rhino-pharyngite avec bronchite le 14 novembre.

Le 20 novembre on institue un traitement au vaccin anti-pneumococcique Duchon que l'on continuera jusqu'au 3 décembre.

L'enfant ne quitte le service que le 7 décembre.

PERITONITES AVORTIVES

Observation IV (Broca in thèse Jean Creuzot).

L'auteur rapporte un cas d'infection péritonéale d'origine sanguine chez un petit garçon :

« Chez cet enfant, il y avait eu au cours d'une pneumonie des vomissements péritonéaux très nets; en décroissance évidente quand je vins le surlendemain; aucun épanchement ne se produisit et l'enfant guérit sans intervention opératoire.

La symptomatologie prouvant la participation du péritoine a été assez nette pour que je croie fermement qu'il y a eu péritonite diffuse, légère, non suppurée. »

Observation V (MM. Soupault et Semelaigne in Thèse Mlle Papaïannou).

Une enfant de 3 ans et demi est prise brusquement de vomissements, de toux et de fièvre à 39°. L'enfant se plaint de souffrir de l'abdomen. Le soir elle a deux selles diarrhéiques. Ces signes vont en s'accroissant pendant trois jours. L'état général s'aggrave. La déshydratation s'installe. Le troisième jour de la maladie on trouve une bronchite bilatérale assez importante. Le pouls est à 130. L'abdomen est nettement ballonné, tympanique à la percussion. A la palpation on trouve une douleur très vive, diffuse, sans maximum précis. La diarrhée persiste; l'enfant a trois selles diarrhéiques par jour.

On fait le diagnostic de probabilité de péritonite à pneumocoques et on transporte l'enfant en maison de santé. On prescrit la glace sur le ventre, des révulsions thoraciques, le goutte à goutte rectal etc. L'état général s'améliore progressivement tandis que les signes abdominaux ne varient presque pas. La toux et la bronchite persistent.

Les vomissements cessent.

Le 10^e jour on assiste à une recrudescence des manifestations douloureuses abdominales en même temps que l'état général subit une légère atteinte. L'enfant se plaint à nouveau du ventre, surtout au cours de l'expulsion des gaz et des matières et de la miction.

Au palper, toute la partie supérieure de l'abdomen est libre, mais vers l'hypogastre on a une sensation de résistance douloureuse de la paroi, et, derrière elle, une masse mal délimitable.

Dans la fosse iliaque gauche, crépitation amidonnée.

Le toucher rectal montre sans discussion une saillie de la paroi antérieure du rectum avec œdème et résistance du Douglas. L'ouverture spontanée par le rectum paraît proche.

En une semaine, les nouveaux phénomènes disparaissent et la convalescence s'amorce, troublée seulement par un peu de bronchite et un abcès médicamenteux à la cuisse gauche.

PNEUMONIE AVEC HEMORRAGIES INTESTINALES

Observation VI (in Thèse P. Léon Barbé). Résumé.

Une enfant de 7 ans est prise brusquement de douleurs abdominales, en même temps qu'elle se plaint de céphalée. La température monte d'emblée à 40°. Trois jours après elle rejette une selle noirâtre. A partir de ce moment les signes généraux vont en s'aggravant en même temps qu'un foyer pneumonique se précise.

Des selles noirâtres abondantes se succèdent. L'état général de l'enfant est alarmant, la prostration profonde. De-

vant les signes d'anémie très accentuée et le mauvais état général, on pratique une transfusion de 150 cc. Aussitôt après la transfusion le visage et les lèvres se recolorent; et l'on est frappé par l'amélioration rapide de l'état général. Le lendemain la température tombe brusquement à 36°6, la petite malade est encore pâle et abattue, mais peu à peu ses muqueuses se recolorent. Le foyer pneumonique poursuit son évolution et se résorbe progressivement. La convalescence sera longue étant donné la gravité des symptômes qu'elle a présentés.

Une hémoculture pratiquée en pleine période d'évolution a donné en 24 heures une culture pure de pneumocoques.

PNEUMONIE A ALLURE TYPHOÏDE

Observation VII (Triboulet in Thèse Maurice Jeannest).

René, 8 ans et demi.

Entre à l'hôpital parce qu'il souffre de la tête et du ventre. Depuis 10 jours, il avait de la fièvre avec vomissements et diarrhée.

Au moment où l'enfant entre à l'hôpital, il a 40°. Il est très abattu et se plaint avec insistance de la tête.

A l'examen, l'abdomen est souple mais on provoque des gargouillements dans la fosse iliaque droite. La rate est nettement augmentée de volume. Aux poumons, il y a des râles sibilants disséminés. Enfin, signe important, on trouve des taches rosées sur le ventre.

Pendant 5 jours, l'état reste à peu près stationnaire, cependant la température a un peu baissé.

Elle n'est qu'à 38°9 à ce moment. Mais elle remonte le lendemain à 39°8. Ce jour, l'abdomen est légèrement ballonné et

douloureux surtout à gauche. La rate est toujours grosse; les taches rosées existent toujours. Au cœur apparaissent de nouveaux symptômes. Le premier bruit est assourdi surtout à la base, le second est un peu claqué. Le cœur prend un rythme fœtal.

Le même jour, on découvre un foyer de pneumonie à gauche et quelques frottements aux deux bases. Le pouls est un peu mou, à 120. Les urines sont foncées mais assez liquides. A la face externe des genoux, on remarque un léger piqueté hémorragique. A la région moyenne de la face antéro-externe de la cuisse gauche apparaît une plaque érythémateuse de la largeur d'une paume de main, légèrement saillante, de coloration rouge framboisée. Cette plaque disparaît à la pression. Il y a des plaques semblables aux épaules mais beaucoup moins larges. On donne à l'enfant 2 grammes de chlorure de calcium. Les érythèmes disparaissent en 4 jours.

Pendant ce temps, la pneumonie avait suivi son cours, bien que son évolution ait été un peu prolongée.

PNEUMONIE AVEC DIARRHÉE

Observation VIII (M. Triboulet in Thèse Maurice Jeanest).

René, 4 ans.

Arrive à l'hôpital Trousseau le 20 juillet 1909. Il était malade depuis la veille et souffrait d'un violent point de côté à droite.

A l'entrée, sa dyspnée est extrême. La température est à 39°. L'auscultation montre l'existence d'une pneumonie du sommet du poumon droit avec souffle tubaire que l'on entend sur presque toute la hauteur du poumon. On donne à l'enfant des bains à 30°.

Le jour de son entrée et le jour suivant, le malade ne va pas à la selle et le soir du deuxième jour, on lui administre un lavement. L'enfant a une selle. A partir du 22, c'est-à-dire le troisième jour, il a plusieurs selles diarrhéiques (6 dans la journée du 27) bien qu'on ne lui eut donné comme toute alimentation que de l'eau de riz.

Le 28, on trouve de la matité à la base du poumon droit.

Le 31, la matité est absolue et remonte jusqu'à l'angle de l'omoplate. Le murmure vésiculaire est aboli à ce niveau. L'enfant est sans nul doute atteint de pleurésie purulente. On le conduit dans le service de chirurgie où on l'opère le 3 août.

BIBLIOGRAPHIE

- BARBÉ : Hémorragies intestinales au cours de la pneumonie chez l'enfant et chez l'adulte. (Thèse, Paris 1930.)
- BARNARD : The simulation of acute peritonitis by pleuro-pneumonie diseases. (The Lancet, 2 août 1902.)
- BROCA : Chirurgie infantile. 1914.
- BROCQ : Fausse perforation au cours d'une paratyphoïde B. (Rapport de M. Rochard, Société de Chirurgie, 6 mai 1919.)
- CADET DE GASSICOURT : Traité clinique des maladies de l'enfance. 1880.
- CHALUT : De l'asynchronisme respiratoire des hémithorax. (Thèse, Paris 1920.)
- COMBY : Traité des maladies de l'enfance de Grancher, Comby, Marfan. Première édition, 1898. Deuxième édition, 1904. La pneumonie infantile. (La Presse médicale, 18 juin 1927.)
- COTONI, TRUCHE, RAPHAEL (Mlle) : Pneumocoques et affections pneumococciques. Masson 1922.
- CREUZOT : Les pseudo-perforations intestinales au cours des infections à pneumocoques. (Thèse, Paris 1920.)
- DAUSSY : Rapports de l'appendicite et de la pneumonie. (Thèse, Paris 1912.)

FÈVRE : Gazette des Hôpitaux, sept. 1931.

FÈVRE : Chirurgie infantile d'urgence. Masson, 1933.

GUINON : Sur le point de côté abdominal dans les affections pleuro-pulmonaires aiguës et les erreurs de diagnostic qu'il peut causer. (Soc. de Pédiatrie de Paris, mars 1901.)

GIBSON : Transactions of the american Surgery Association, 1925.

GIBSON : American Journal of Medecine Scient. 1930.

HENOCH : Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin, 1892.

HUYGHES : Hémorragie intestinale dans un cas de pneumonie (Nord Médical, Lille, 1899, p. 77).

HUTINEL (V.) : Maladies des enfants. Paris, 1909.
Bulletin médical,) février 1912.

JEANNEST : Réactions abdominales au cours des pneumonies.

JOLTRAIN : Origine sanguine des pneumonies et broncho-pneumonies. (Thèse, Paris, 1911.)

LEMIERRE, ABRAMI, JOLTRAIN : Pneumococcémies avec localisation pulmonaire tardive. Origine sanguine de la pneumonie franche aiguë. (Gaz. des Hôpitaux, 29 sept. 1908.)

LEROUX : Société de Médecine et de Chirurgie de Paris, avril 1906.

LESNÉ et MARRE : Point de côté abdominal et phénomènes appendiculaires dans la pneumonie infantile. (La Clinique, 14 août 1908.)

LOWET MORSE : Trois observations personnelles de pneumonie avec symptômes abdominaux des plus marqués. (Ann. of Gyn. and Ped. nov. 1899.)

MASSALONGO : Appendicite pneumonique. (Congrès italien de Pédiatrie, tenu à Florence, octobre 1901.)

MIRANDE : Syndrome appendiculaire sans lésions de l'appendice dans les affections thoraciques. (Thèse Paris, 1900.)

MONDOR : Diagnostics urgents. Abdomen, deuxième éd. Masson 1933.

MONDOR : A propos de 5 observations de péritonites à pneumocoques. (Société de Chirurgie, 13 juin 1931.)

MOURIQUAND : Météorisme abdominal et pneumonie. (La Pédiatrie, novembre 1927.)

MOURIQUAND : Météorisme abdominal et pneumonie. (La Pédiatrie, novembre 1927.)

NOBÉCOURT : Syndromes abdominaux douloureux dans la pneumonie. (Concours médical, 26 août 1928) et Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil digestif et de l'abdomen. (Masson et C^{ie}, éditeur, Paris, 1934), leçon XIX (31 mars 1928).

NOBÉCOURT : Les péritonites à pneumocoques dans la moyenne et la grande enfance. Leçon XX (5 février 1927. (Concours médical, 27 sept. 1927.)

NOBÉCOURT : Le lymphatisme des muqueuses. (Gazette des Hôpitaux, 9 juin 1934.)

NOBÉCOURT : Syndromes encéphalo-méningés et syndromes abdominaux douloureux intriqués au début de la pneumonie chez les enfants. (Le Progrès médical, 22 sept. 1934.)

PAPAÏOANNOU : La péritonite à pneumocoques. (Thèse Paris, 1932.)

PARTURIER et DEHERRIPOU : Bulletin des Sciences médicales de Lille, mai 1931.

RATHÉRY : Hémorragie intestinale mortelle dans un cas de pneumonie. (Société Médicale des Hôpitaux, 19 juillet 1901.)

RICHET fils : Etude clinique expérimentale des entérites. Les entérites par élimination microbienne et toxique. (Thèse Paris, 1912.)

SERGENT : Les pleurésies à point de côté abdominal pseudo-appendiculaire. (Clinique et Laboratoire, 20 octobre 1927.)

TRIBOULET : Syndrome péritonéal ou syndrome entéritique. Leur valeur dans la septicémie à pneumocoques. (La Clinique, 20 sept. 1911.)

WEST : Leçons sur les maladies des enfants.
Trad. Archambault. Masson, 1881.

Imprimerie Spéciale de la Librairie LIPSCHUTZ. — Paris

